16

Synthèse critique

Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire

Georges Desrosiers,
Benoît Gaumer

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

16

Synthèse critique

Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire

Georges Desrosiers,
Benoît Gaumer

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08462-8

DES RÉALISATIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUX PERSPECTIVES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

"La croyance en la discontinuité totale, en la rupture entre époques s'effectuant au même moment dans des ordres de réalité et aux niveaux les plus différents, n'a plus guère d'adeptes chez les chercheurs, sauf quand ils pensent précisément en croyants et non en savants." Alfred Grosser. L'explication politique, Ed. Complexe Bruxelles 1984.

Georges Desrosiers et Benoît Gaumer

mars 1987

PLAN

page

1. Introduction 1

2. La santé publique au Québec à la veille de la réforme des années 70 . 7

3. De la santé publique à la santé communautaire. Eléments de continuité et de rupture 17

3.1 Les objectifs de santé publique de la réforme des années 70 . . 17

3.2 Les politiques réelles de santé communautaire du MAS. Tendances évolutives 24

4. Les faiblesses et les forces du sous-système actuel de santé publique/santé communautaire. Les avenirs possibles dans le domaine de la promotion de la santé 53

5. Synthèse et recommandations 61

6. Annexe 69

1. Introduction

La définition opérationnelle de la santé publique retenue est présentée dans ce document en annexe. Nous aborderons ici le champ d'intervention du système socio-sanitaire qui concerne l'ensemble de la population, les fonctions de l'intervention étant le maintien et la promotion de la santé, mais qui mobilise seulement les moyens sous juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'action sociale publique tant du gouvernement fédéral que provincial ne sera pas envisagée malgré son impact considérable sur l'état de santé global des Québécois(es). La dégradation de l'état de santé des populations lors des crises économiques comme celle de 1929 a déjà été fort bien documentée historiquement[1]. Les répercussions sanitaires du chômage qui sévit de longue date dans les pays en développement mais plus spectaculaire bien que plus récente et moins dramatique dans les pays industrialisés ont été et sont l'objet d'études multiples de la part de chercheurs. Les effets pervers sont d'ailleurs tellement évidents qu'un groupe d'experts conseillers du gouvernement fédéral chargé en 1984 de l'examen des programmes fédéraux du régime

---

1. La crise économique et la santé publique. Mémoire préparé par la section d'hygiène, Genève, 20 août 1932 dans SDN, Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène, Vol. I, 1932.

d'assistance publique du Canada concluent que ces derniers contribuent "de manière efficace à atténuer les effets de la pauvreté au Canada"[2].

Ce constat rejoint les études d'épidémiologie ou de démographie historique qui cherchent à identifier les principaux facteurs à l'origine des progrès socio-sanitaires des 50 dernières années mesurés en terme de l'espérance de vie[3]. Bien que le phénomène récent, constaté dans plusieurs pays industrialisés, du déclin marqué de la mortalité par maladies dégénératives soit complexe, certains mécanismes par lesquels ces progrès se réalisent sous nos yeux commencent à être entre-aperçus en particulier concernant la diminution observée des maladies cardio-vasculaires dans les pays ayant développé des approches préventives. L'analyse de la mortalité différentielle selon les classes socio-économiques identifie les disparités socio-spatiales comme étant un des facteurs explicatifs les plus importants et souvent gommé lors des présentations de données nationales ou provinciales. Les progrès constatés dans l'espérance de vie à partir des années 70 pourraient être dû conjointement à des politiques sociales ayant permis l'amélioration ou le maintien du pouvoir d'achat des classes sociales les plus défavorisées et à des progrès dans le micro et le macro-environnement physique, en particulier concernant la qualité de l'habitat et le contrôle de la pollution atmosphérique des grandes

---

2. Services au public. Régime d'assistance publique du Canada. Rapport du groupe d'étude au groupe de travail chargé de l'examen des programmes. Ministère des Approvisionnements, Ottawa, novembre 1985.

3. Roberge Danièle. Evolution de l'état de santé des Québécois 1931-1981. Réflexion sur les orientations sanitaires. Direction de l'évaluation des programmes. Ministère des Affaires sociales, Québec, juin 1984.

villes. Ces hypothèses devront être confirmées par des études historiques plus nombreuses que celles qui ont déjà été engagées[4] complétant ainsi les approches de type géographie médicale dont le renouveau est à noter depuis quelques années.

Quoiqu'il en soit un large consensus se dégage chez les spécialistes en santé publique pour continuer l'action promotionnelle de la santé à la manière des hygiénistes du XIX^{e} siècle qui n'ont pas attendu l'ère bactériologique pour mettre en oeuvre des mesures efficaces de lutte contre les maladies transmissibles.

Après une phase que l'on peut situer entre 1930 et le début des années 70 où la médecine préventive s'est surtout préoccupée de dépistage, de prévention secondaire et de modifications d'habitudes de vie, le nouveau paradigme de la promotion de la santé cherche à recentrer la santé publique sur ce qui fut longtemps son cheval de bataille, à savoir la prévention primaire et le développement de la santé par une action concertée de tous les agents que les connaissances scientifiques, guidées par le bon sens, considèrent comme essentiels à la promotion et la conservation de celle-ci.

Depuis la fin du XIX^{e} siècle au Québec, un certain nombre d'agences ont été crées pour développer la santé publique. Parmi celles-ci les unités sanitaires ont joué un rôle qui, bien qu'encore mal

---

4. Jean Michel Cousineau. Objectifs et modalités de l'assurance-chômage du Canada 1940-1986. Ecole de relations industrielles, document de recherche, Montréal, 8 juin 1986.

évalué sur le plan historique fut repris par les départements de santé communautaire sans que ces derniers endossent les mêmes fonctions qui étaient celles des premières. En réalité les quatres groupes de service fournis par les unités sanitaires et les bureaux municipaux de santé - épidémiologie, contrôle du milieu, mesures individuelles pour la protection de la santé, administration et coordination seront partagés entre les DSC et les CLSC naissants[5].

De plus, entre temps, certaines fonctions comme le contrôle de la chaîne alimentaire et la surveillance du réseau d'eau potable auront été confiées au niveau provincial et municipal à d'autres juridictions que celle de la santé. Pour complexifier encore plus le tableau, il faudrait ajouter le partage des mandats entre les niveaux fédéral et provincial, objet d'une lutte incessante malgré les efforts de clarification encore récents. Dans l'ensemble le gouvernement du Québec ne reconnaîtrait à ce jour au gouvernement fédéral que le rôle d'administrer les programmes de réglementation, concernant en particulier les essais relatifs aux risques environnementaux et leur identification, les essais d'instruments médicaux et la vérification de la qualité et de l'efficacité des médicaments. Pour le reste, le Québec se démarquerait des autres provinces en refusant d'accorder au gouvernement fédéral un rôle à jouer dans la surveillance

---

5. Rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1971.

épidémiologique, la prestation de services de santé en cas de situation d'urgence ou même dans la promotion de la santé[6].

Cette dimension de la gestion des programmes de santé publique ne sera abordée que succintement dans le cadre de cette étude car elle est étroitement liée au problème général des relations fédérales provinciales et nécessiterait un éclairage politique afin de mieux préciser l'état actuel des relations et les différents scénarios d'avenir possible[7].

Dans une première étape nous allons tenter une synthèse historique des structures de santé publique et de leur fonctionnement depuis la fin de la 2e guerre mondiale jusqu'à l'avènement de la réforme Castonguay.

Dans une seconde étape nous reviendrons sur le contenu de cette réforme et les modalités de sa mise en oeuvre en ce qui concerne le champ de la santé publique/santé communautaire au Québec.

Cette approche socio-historique nous permettra d'identifier les forces et les faiblesses du sous-système québécois de santé publique et de proposer ainsi dans une dernière partie des orientations possibles

---

6. Meilleure exécution des programmes. Santé et sports. Rapport du groupe d'étude au groupe de travail chargé de l'examen des programmes, Ottawa, novembre 1985.

7. Daniel Latouche. Le Canada et le Québec. Un essai rétrospectif et prospectif. Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada, Ottawa, 1984.

pour améliorer l'efficacité sinon l'efficience de l'ensemble des actions de santé publique principalement au niveau provincial et régional.

2. La santé publique au Québec à la veille de la réforme des années 70

Malgré la rareté des écrits concernant la période qui précède la mise en place de la commission Castonguay Nepveu, il semble bien que les structures de santé publique provinciales aient été victimes de la concurrence des juridictions fédérale et provinciale[8].

2.1 Cette période d'après guerre est marquée d'une part par l'adhésion du Québec à la loi de l'assurance-chômage en 1951, dix ans après son entrée en vigueur au niveau fédéral, d'autre part l'adoption de la loi des pensions de vieillesse et de la loi de la sécurité de la vieillesse la même année. L'impact de ces deux mesures sur le niveau général de santé de la population du Québec reste à mesurer bien que de nombreux indices laissent à penser qu'il n'est pas étranger à l'amélioration rapide d'indicateurs de santé comme le taux brut de mortalité générale et/ou même de mortalité infantile. Le programme fédéral d'aide à la santé publique entériné en 1949 par le gouvernement du Québec va permettre le renforcement du département ou ministère de la Santé mais profite surtout aux hôpitaux plus qu'à la santé publique. Cependant dans ce domaine le bilan est loin d'être négatif.

2.2 L'ouverture de l'Ecole d'hygiène de Montréal en 1946 constitue un événement dont les conséquences dépasseront les limites de la

---

8. La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986. Edition spéciale Santé Société, Québec, 1986.

province profitant également à de nombreux étudiants d'Europe et du tiers monde. Soutenue financièrement par le gouvernement du Québec et techniquement par l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal, l'école va contribuer au renforcement des unités sanitaires et au développement de programmes de santé publique comme ceux de la lutte anti-tuberculeuse ou du génie sanitaire.

2.3 Au nombre de 49 en 1941, les unités sanitaires sont devenues 65 en 1948 desservant 75 comtés. Dès cette époque l'objectif de desservir l'ensemble des populations rurales et semi-urbaines est presque atteint puisqu'"il ne reste que trois additions, comme possibilité d'établissement de nouvelles unités, pour desservir la population semi-urbaine du comté de Sherbrooke et celle vivant sur l'Ile de Montréal"[9].

L'analyse cependant du personnel en poste au moment de l'enquête semblerait démontrer que certaines unités sont loin d'être opérationnelles manquant parfois de médecins, souvent de vétérinaires ou d'inspecteurs sanitaires.

Actives essentiellement dans le domaine de l'éducation en hygiène publique, du contrôle des maladies contagieuses et de la salubrité, de la démographie, les unités sanitaires vont récupérer et développer sous forme ambulatoire les fonctions de la division de la

---

9. Enquête sur les services de santé. Province de Québec, Tome III, Services de santé provinciaux, Québec, 1948.

nutrition du ministère provincial de la Santé = hygiène maternelle, hygiène de la première enfance et hygiène scolaire.

D'autres secteurs de l'hygiène publique comme l'hygiène industrielle ou le contrôle des maladies vénériennes demeureront par contre centralisés et les unités sanitaires n'interviendront qu'à la demande des divisions du ministère pour enquêter selon les besoins. La faiblesse déjà notée des unités sanitaires était alors imputée "en grande partie à la dispersion du personnel sur une province plus grande que bien des pays et à l'isolement du personnel". Pour corriger cela les enquêteurs de 1948 proposent la création de districts sanitaires au nombre de 23, correspondant à une population de 100 000 habitants, ainsi que la constitution d'une équipe pluri-disciplinaire coordonnant plusieurs unités sanitaires.

Ces districts sanitaires ne verront jamais le jour semble-t-il bien qu'ils ne soient pas sans rappeler les futurs DSC.

De nouvelles unités sanitaires par contre seront créées puisqu'elles seront au nombre de 73 en 1970 couvrant les 77 comtés ruraux y compris les municipalités urbaines qui en font partie et les comtés urbains des villes de Trois-Rivières et de Laval.

2.4 Avec les 5 services de santé municipaux de Montréal, Verdun, Outremont, Westmount et Québec, elles constituaient un réseau complet qui permit à la province de se doter d'un instrument de connaissance démographique et épidémiologique de bonne qualité, de contribuer

probablement à l'amélioration du réseau d'eau potable, à une meilleure évacuation des eaux usées et à une plus grande sécurité de la chaîne alimentaire. Les travaux du service de santé de la Ville de Montréal et de l'Ecole de santé publique ont permis de sensibiliser les pouvoirs publics au problème de la pollution atmosphérique dans les grandes villes[10].

Les enquêteurs de 1948 comme ceux de 1970 chercheront des explications à la faiblesse des unités sanitaires et des services de santé municipaux dans l'isolement du personnel comme nous l'avons vu précédemment pour les premières mais aussi en raison de la dévalorisation de leur statut social et professionnel. "La rémunération est nettement inférieure au revenu moyen des professionnels à qualifications identiques dans les autres secteurs d'activité du régime"[11].

Après une période d'après guerre où le ministère opéra un redressement important des salaires en même temps qu'il accordait chaque année cinq bourses à des médecins et une quinzaine à des infirmières d'unités sanitaires pour se perfectionner à l'Ecole d'hygiène de Montréal, la situation se dégrada à nouveau en raison de l'inflation et de l'augmentation beaucoup plus rapide des gains dans le secteur privé dû en particulier à la pénurie des médecins (référence 3).

---

10. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Vol. IV, Tome I. Titre premier. La situation actuelle, Québec, 1970.

11. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Vol. IV. Tome I. Titre premier. La situation actuelle, Québec, 1970, p. 204.

2.5 La division du génie sanitaire centralisée au ministère est composée en 1948 de 12 employés dont 5 ingénieurs sanitaires, 1 technicien expert dans le contrôle des eaux et 2 inspecteurs techniciens du lait. Depuis la nomination du premier ingénieur sanitaire de la province en 1912, et la construction de la première usine de filtration de l'eau à Montréal la même année, les structures législatives et de contrôle se sont développées considérablement puisqu' "en 1948 sont en opération dans la Province, 65 usines de filtration, plus de 200 aqueducs avec chloration, près de 100 usines de pasteurisation du lait".

L'augmentation considérable des besoins en eau de consommation avec l'urbanisation et l'industrialisation et surtout la gravité de la pollution par les agents chimiques ont entraîné la création de la Régie des eaux qui va poursuivre la mission de la division du génie sanitaire mais en même temps déposséder le ministère de l'une de ses attributions importantes en santé publique.

Le déplacement des sources principales de pollution des eaux des égouts domestiques vers les déchets industriels et les déchets agricoles ont justifié le transfert progressif de ce programme de santé publique pour une part sur une régie et pour une autre part sur différentes agences ministérielles dont le regroupement sera à l'origine de la création du ministère provincial de l'environnement en 1979. Ce nouveau partage des politiques entraînera semble-t-il un désengagement du ministère des Affaires sociales dans ce domaine de la santé publique

alors qu'il aurait été nécessaire d'inventer de nouvelles formules d'action intersectorielle en faveur de la santé.

2.6 La lutte contre les maladies transmissibles s'est progressivement déplacée des actions menées lors des épidémies, celles-ci ayant pratiquement disparues, vers la lutte antituberculeuse et les fléaux sociaux comme les maladies vénériennes. Le bilan dans ce domaine est à faire en particulier pour départager ce qui est dû à l'intervention de l'Etat et à l'initiative des sociétés de bienfaisance. En 1948 on dénombrait "dans la province 32 ligues antituberculeuses, organisations volontaires qui recueillent et dépensent" et la division de la tuberculose au ministère n'est que l'agent coordonnateur de toutes les activités antituberculeuses de la province (réf. 9).

2.7 La nutrition constitue un des programmes de santé publique qui prend de l'ampleur dès la fondation du ministère en 1936. Le travail de la division ministérielle est essentiellement de conseil scientifique, technique et pratique à tout le personnel des unités sanitaires mais aussi d'éducation auprès du public et de guide pour toutes les organisations de santé publique comme la section de l'hygiène maternelle et infantile et la division de l'enseignement de l'hygiène.

2.8 L'enseignement de l'hygiène ou éducation sanitaire prend une telle importance qu'elle va devenir l'objet d'un enseignement spécialisé et de la création d'une division au ministère, son directeur de la

division étant prêté à la nouvelle Ecole d'hygiène de l'Université de Montréal, où il agit comme sous-directeur, préfet des études et coordonnateur de l'enseignement. Entre 1946 et 1970, 301 licences en hygiène et 20 maîtrises en éducation sanitaire ont été décernées[12].

2.9 De nombreuses commissions scolaires dénoncent les insuffisances de l'organisation scolaire de la santé, ce qui amènera la Commission Parent à recommander le rattachement de ce service au ministère de l'Instruction[13]. Malgré l'irrégularité des bilans de santé et le retard pris quant au programme d'hygiène dentaire, en particulier en ce qui concerne la fluoruration pourtant recommandée par les experts, l'école aura joué un rôle considérable, jamais encore évalué dans la diffusion de l'hygiène individuelle mais aussi publique. Accordant plus d'importance et consacrant plus de temps à l'éducation sanitaire qu'au dépistage il n'est pas rare de voir certaines infirmières visiteuses déléguer leur tâche d'examen annuel de santé à l'instituteur, ce qui ne serait pas contredit par les autorités sanitaires de 1986!.

2.10 L'hygiène industrielle suit elle aussi les progrès dans la prise de conscience du patronat et des unions ouvrières concernant les risques professionnels "servant d'aviseur médical et technique pour les

---

12. Rapport du comité conjoint de l'Université de Montréal et des ministères de la Santé, de la Famille et du Bien-être social. Juillet 1970.

13. Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec. Vol. 3. Les structures pédagogiques du système scolaire. Québec, 1964. Chap. XXXII, pp. 321-326.

différents départements de l'administration provinciale", la division de l'hygiène industrielle depuis sa création en 1936 aura mené avant la lettre une action inter-sectorielle en faveur de la santé dont on cherche peut être à retrouver les vertus. Collaborant avec les inspecteurs industriels relevant du ministère du Travail, le personnel peu nombreux formé principalement de techniciens en génie sanitaire industriel concentre ses efforts sur l'évaluation des risques, la détermination de priorités et l'établissement de programmes de prévention comme l'enquête bien connue parue en 1947[14].

Au total, s'il est vrai que les services de santé publique d'avant 1970 sont caractérisés par leur fragmentation et le fait qu'ils constituent des systèmes parallèles par rapport au système hospitalier ou système privé de distribution des soins, leur absence d'efficacité ne peut être démontrée et il n'est pas sûr que l'on fasse mieux de nos jours.

La bonne qualité des données recueillies par la division de la démographie du ministère comme les causes de décès par âge, sexe et lieu nous permet de suivre les progrès des indicateurs classiques de santé sans qu'on puisse il est vrai les imputer aux seules actions de santé publique.

---

14. F.J. Tourangeau. La division de l'hygiène industrielle. Bulletin sanitaire, Vol. 47, no 2, mars-avril 1947.

Entre 1931 et 1961 alors que l'espérance de vie à la naissance chez les québécois(es) a augmenté régulièrement d'environ 4 et 5 ans chaque dix ans avec cependant un fléchissement lors de la dernière décennie, on note pour la mortalité infantile une baisse de 67,5% entre 1938-40 (76,4%) et 1965-67 (25,0%). Pour cette période les progrès étaient nettement plus élevés au Québec qu'en Ontario et par rapport à la moyenne du Canada, la province de Québec partant il est vrai de taux d'avant guerre beaucoup plus élevés. Entre 1950 et 1965 les taux bruts de mortalité par tuberculose ont subi le même déclin parallèle au Québec que dans le reste du Canada (voir réf. 11).

La séparation nette du sous-système de santé publique par rapport à l'ensemble du système de la santé ne présente pas que des inconvénients, ce qu'avaient dénoncé les réformateurs de la fin des années'60, souhaitant fortement son rattachement au système de soins ainsi que nous allons le voir. La nette identification des activités de santé publique, au sens entendu dans ce rapport, est une étape préalable à leur insertion parmi les autres missions gouvernementales comme l'éducation et la culture, l'économie, la sécurité sociale et l'habitat, permettant ainsi de mieux peser sur les politiques de développement ou promotion de la santé[15].

---

15. M. Beaupré et M.A. St-Pierre. Evolution des dépenses gouvernementales par mission 1974-1975 à 1983-1984, direction de l'évaluation des programmes, ministère des Affaires sociales, Québec, juillet 1984.

Le rapide survol des politiques de santé publique entreprises à l'initiative de l'état dans les décennies qui ont précédé la Révolution tranquille révèle la pauvreté des travaux de recherche concernant les facteurs qui ont influencé réellement l'état de santé des Québécois(es). Si l'importance de l'hygiène individuelle et de la diffusion du savon est bien connue, l'accessibilité universelle aux vêtements de coton, l'amélioration progressive de l'habitat, l'introduction de nouveaux aliments et/ou de leur diversification ne sont pas toujours appréciés à leur juste valeur, ayant contribué puissamment au maintien et à la promotion de la santé de nos aînés.

3. De la santé publique à la santé communautaire: Eléments de continuité et de rupture

Comme pour les soins de santé de première ligne, l'intendance ne suit pas toujours le discours et la réalité est souvent plus dure que le rêve. Successivement nous analyserons les objectifs de la réforme des années 70 au travers des deux grands textes qui l'ont dessinée, le rapport Castonguay Nepveu et le rapport Corbett McDonald. Les politiques réelles de santé publique seront appréhendées en analysant les programmes du MAS et de ses structures décentralisées CRSSS, DSC et CLSC.

3.1 Les objectifs de santé publique de la réforme des années 1970

L'expression santé publique n'est plus utilisée par les auteurs du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social sinon à titre de référence historique[16].

Par contre lors de la présentation du nouveau régime de la santé, une place importante est accordée en annexe au concept de médecine globale et de soins gradués ainsi qu'au modèle social qui ont inspiré les réformateurs.

---

16. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Annexe 2. L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec par G. Blain et al., Québec, 1970.

Toutes les définitions retenues de la médecine globale (comprehensive care) intègrent les dimensions préventives, curatives, de réhabilitation des soins prodigués au malade ou plutôt au couple, personne, famille, tout au long de son existence. Il est question de retour et de maintien de la santé mais le concept de promotion de la santé n'apparaît pas[17].

Le modèle social de l'organisation des services de santé que les enquêteurs opposent au modèle médical est défini comme un modèle ouvert constitué de sous-systèmes de production d'une part et d'administration d'autre part. La pensée systémique de l'époque semble avoir fortement influencé les analystes de la fin des années 60 qui "se borneront à décrire les fonctions des principaux sous-systèmes de traitement et de prévention et à indiquer les relations qu'ils ont entre eux"[18]. Le nouveau régime de santé proposé hiérarchise les niveaux de soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés en les regroupant autour de 3 types de centres de santé complémentaires = le centre local de santé (CLS), le centre communautaire de santé (CCS) et le centre hospitalier universitaire (CHU). Ces trois structures telles que décrites ne laissent aucune place à la santé publique. Les éléments énumérés du concept de soins gratués comportent bien les consultations de dépistage et la médecine scolaire. Il est prévu que chaque centre hospitalier "détermine le processus de l'examen courant annuel

---

17. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Volume IV. La santé Tome II, Titre deuxième. Le Régime de la Santé, Québec, 1970, p. 69.

18. Idem p. 75.

(check up) et organise de véritables examens de dépistage (screening) selon les problèmes particuliers de la population desservie". La médecine scolaire consiste elle aussi, pour les médecins et infirmières du centre communautaire de santé à pratiquer des examens annuels dans les écoles et "à s'assurer que le médecin traitant ou son propre personnel fait le traitement continu ou la relance (follow up) selon le cas"... Le concept de modèle social, s'il présente l'avantage par rapport à l'ancien modèle médical, de mettre en valeur les dimensions psychologiques et sociales de la maladie, n'est en réalité "qu'un instrument d'analyse qui simplifie la réalité complexe du domaine des soins pour en orienter l'étude et la description sur les fonctions primordiales de réalisation c'est-à-dire la médecine globale". Nulle part il n'est question de prévention primaire ou promotion de la santé. Il est par ailleurs surprenant de constater que les enquêteurs de 1970, malgré un long chapitre avant-gardiste sur le milieu et l'état de santé, recommandent l'instauration de "programme de santé publique comprenant deux sections = prévention et étude du milieu", seulement au niveau de l'Office régional de la santé et du ministère, passant sous silence le rôle des trois niveaux institutionnels décentralisés (CHU - CCS et CLS).

En réalité il semblerait que le concept de médecine globale évacue la dimension promotion de la santé, les auteurs du rapport écrivant "S'il n'appartient pas (au régime de la santé) de façon immédiate d'améliorer l'habitat, le milieu de vie, le genre de vie, responsabilités qui échoient plutôt aux professionnels des sciences

écologiques et des sciences socio-économiques, il doit en revanche intervenir de façon énergique dans le dépistage et la prévention de maladies elles-mêmes autant sinon plus qu'au stade curatif; il doit assurer l'éducation sanitaire de la population et l'information sur les déséquilibres biophysiques ou sociaux qui mettent en péril la santé"[19].

Il faudra attendra la publication en décembre 1971 du rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire pour voir apparaître les grandes lignes de la pensée des réformateurs dans le domaine de la nouvelle santé publique. Pour les membres de ce comité, le terme de services de santé publique ne paraît pas désuet et ils en retiennent la signification usuelle à savoir: "des services dispensés à toute la collectivité par des agences publiques locales ou centrales, principalement pour le maintien de la santé et la prévention des maladies plutôt que le traitement des malades". Ils classent les fonctions accomplies par ces services en 4 chapitre = l'épidémiologie, le contrôle du milieu, les mesures individuelles pour la protection de la santé et l'administration et coordination. Ils constatent que dans le domaine du contrôle du milieu, l'évolution des organismes qui contrôlent la qualité des aliments, la pollution de l'eau et de l'air, le bruit et les risques de radiation, la sécurité au foyer, dans la rue et au travail les a éloignés progressivement de l'aire de contrôle des autorités sanitaires en raison de leur spécialisation et parce que leurs objectifs ne regroupent pas forcément ceux de la santé. Ils remarquent

---

19. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Vol. IV, Tome II, Titre 2. Le Régime de la Santé, Québec, 1970, p. 17 (497).

également que les services groupés sous le chapitre trois forment la principale composante du travail des agences de santé publique et pourraient être délivrés à la population par la plupart des médecins, des dentistes et des infirmiers.

Enfin, rappelant que le bon fonctionnement des différents services d'une agence de santé publique requiert une administration efficace et une coordination intense avec presque tous les autres organismes sanitaires et sociaux de la communauté, ils insistent sur le rôle charnière du directeur et de son département "qui font beaucoup pour articuler le complexe médical avec le non moins complexe des agences de bien-être publiques ou privées".

Dans un second chapitre, identifiant les besoins présents et futurs de services de santé publique au Québec, les membres du comité se démarquent nettement de la philosophie du rapport Castonguay-Nepveu en déclarant "la situation présente est inquiétante puisque ni l'assurance-hospitalisation, ni l'assurance-maladie ne sont susceptibles, en elles-mêmes, d'avoir des effets sensibles sur l'état de santé de la population". Parfaitement conscients que la réalisation des objectifs de régionalisation, de développement prioritaire de centres de soins de première ligne et de services intégrés "n'est pas facile et prendra inévitablement plusieurs années", ils s'opposent à toute réduction des fonctions de santé publique et s'interrogent seulement sur le "où, quand et comment peuvent-ils être intégrés?"

Concernant la fonction épidémiologique, les membres du comité constatent que "l'évaluation existe à peine et les ressources locales pour l'investigation et le contrôle d'épidémies sont dangeureusement faibles". Ne remettant pas en cause la séparation de l'administration des services préocupés de l'environnement de celle des services de santé, ils recommandent qu'on prenne grand soin "d'aménager des réseaux fonctionnels de communication entre ces deux secteurs d'activité".

Le comité croit que les services de protection de la santé individuelle doivent être intégrés dans les centres locaux ou les centres hospitaliers à condition "d'en confier la responsabilité à une personne bien identifiée, en lui donnant une équipe adéquate pour assumer cette responsabilité". De même il estime que l'intégration des services de santé et de bien-être simplifiera les fonctions d'administration et de coordination.

Pour intégrer les fonctions de santé publique au nouveau régime de santé proposé par la commission d'enquête, le comité propose au niveau ministériel comme au niveau régional, le renforcement de la fonction "épidémiologie" en particulier pour développer la planification et l'évaluation. Surtout le rapport conclut qu'il faudra créer dans les centres hospitaliers couvrant de 100 000 à 300 000 habitants, un nouveau département de médecine communautaire pour lequel il identifie 5 objectifs le distinguant clairement du département de médecine familiale "1) identifier les besoins de santé de la population et conseiller l'administration sur les moyens à prendre pour y répondre, 2) s'assurer

que la population reçoit tous les services préventifs prescrits par le ministère, 3) investiguer toute épidémie de maladie ou d'accidents et organiser les mesures de contrôle, 4) entreprendre des études sélectives sur l'efficacité des services de santé, selon les priorités régionales et locales, 5) promouvoir le développement d'un réseau de centres locaux de services communautaires intégrant les services préventifs et curatifs".

Enfin pour le comité "les centres locaux sont des institutions jouissant d'une autonomie légale, mais affiliés à un centre hospitalier pour fins de complémentarité de services et de mobilité des patients et du personnel".

La dernière partie du rapport est consacrée à la stratégie que devrait développer le ministère pour réaliser cete intégration = agir vite et en toute clarté "pour éviter la confusion, la fuite du personnel et faciliter le recrutement d'effectifs qualifiés".

Conscients des difficultés pour identifier certains centres hospitaliers avec DSC "le comité suggère de procéder par étape afin de n'accuser aucun retard lorsque les circonstances permettront de procéder rapidement et afin de ne pas risquer de prendre des décisions trop hâtives et lourdes de conséquences lorsque les renseignements disponibles ne permettront pas un choix relativement sûr".

Parmi les responsabilités du futur DSC il est intéressant de constater que le comité recommande qu'il "prépare un rapport annuel pour le conseil d'administration, sur l'état de santé de la population et sur les services fournis à la population. Ce rapport ayant les caractéristiques d'un document public et accessible à la population".

La confrontation des deux rapports à l'origine de la réforme du système de santé provincial des années 70 ne doit pas faire perdre de vue leur caractère innovateur à tous les deux et surtout leur complémentarité. Le ministère de la santé du Québec semble avoir été le premier au Canada à se doter d'un instrument de planification à court et à long terme des établissements et de l'équipement hospitalier en publiant dès 1966 un rapport préliminaire sur l'équipement de la province dans ce domaine[20]. Le Régime québécois de la santé dessiné à partir de ces deux rapports sera souvent cité en exemple dans les années qui vont suivre.

3.2 Les politiques réelles de santé communautaire du MAS. Tendances évolutives

"Policy does not seem to be a self defining phenomenon; it is an analytic category, the contents of which are identified by the analyst rather than by the policy-maker or pieces of legislation or administration"[21].

---

20. Commission royale d'enquête sur les services de santé. Vol. II, Ottawa, 1965, p. 174.

21. H. Hugh Heclo. Review article Policy analysis, British Journal of Political Science, Vol. 2, 1972, pp. 83, 108.

3.2.1 La formulation et le contenu des politiques de santé communautaire de 1970 à 1985

Il n'est pas toujours nécessaire que les politiques de santé publique soient clairement formulées dans les programmes des partis politiques et les documents d'orientation des ministères ou du gouvernement pour qu'elles existent réellement. L'analyse des rapports annuels du ministère des Affaires sociales depuis 1970, de tous les documents officiels publiés à ce sujet depuis cette date ainsi que la littérature secondaire concernant les DSC et les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux vont nous permettre d'identifier les grands secteurs d'activités en santé communautaire qui semblent avoir été privilégiés depuis quinze ans. Même si les objectifs de soins sont plus apparents que les objectifs de santé, ceux-ci n'en existent pas moins[22].

Le début des années 1970 est marqué semble-t-il par un virage important, le nouveau ministère des Affaires sociales mettant l'accent sur "l'élaboration et l'affirmation d'une politique de sécurité du revenu en coordination avec une politique de main-d'oeuvre"[23]. Il ne faisait ainsi que s'inspirer du rapport d'enquête sur la santé et le bien-être social qui, s'il parlait peu de santé publique comme nous l'avons relevé précédemment, englobait la santé, les services sociaux et

---

22. R. Pineault et R. Lessard. Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé, L'union médicale du Canada, Tome 113, sept. 1984, p. 751-754.

23. Ministère des Affaires sociales. Rapport annuel 1971-1972, Québec, p. 13.

la sécurité du revenu comme trois éléments fondamentaux de ce qu'il appelait le développement social. La fusion des anciens ministères de la santé, de la famille et du bien-être social en un seul ministère des affaires sociales ne constituait pas une démarche purement formelle. Ce souci d'assurer d'abord un revenu minimum garanti par l'état se traduira par l'instauration d'un régime québécois d'allocation familiale sous l'impulsion du ministère des Affaires sociales. Dans le domaine de la santé publique proprement dit, on note une grande continuité dans les activités avec les années qui précédent. Les 75 unités sanitaires demeurent en place et ne seront que progressivement intégrées dans les premiers CLSC et en attendant agrégées aux DSC en même temps que les services de santé des écoles secondaires et des Collèges d'enseignement général et professionnel ainsi que le service de santé dentaire du ministère des Affaires sociales[24]. Des mesures sont prises pour atténuer les conséquences néfastes de la réforme qui s'annonce tant au niveau du personnel des unités sanitaires que des transferts de mandat "Bien que les inspecteurs sanitaires aient été transférés aux Affaires municipales en avril 1971, ils continuent à recevoir, dans les unités sanitaires qui les hébergent toujours les conseils de nos médecins hygiénistes dans leur travail" (réf. 23, p. 29).

Parmi les programmes relativement nouveaux mis en oeuvre à cette époque on note surtout "un programme de services de santé et de services sociaux en milieu scolaire, élaboré et mis en application avec

---

24. Orientations générales en santé communautaire. Ministère des Affaires sociales, Québec, oct. 1973, Programmes actuels de prévention, p. 81.

la collaboration du ministère de l'Education". Il faudra en réalité attendre le milieu des années 1970 pour voir apparaître la concrétisation des premiers programmes de santé publique comme celui de la périnatalité dont la formulation en terme d'objectif à atteindre le distingue des actions antérieures de "surveillance médicale de la femme enceinte" et de "cliniques (consultations) et visites à domicile pour assurer la surveillance des nouveaux-nés, des nourrissons et des enfants d'âge pré-scolaire"[25]. La planification de ces services sous la houlette du ministère des Affaires sociales ne doit pas cependant faire illusion sur les véritables causes de l'amélioration des indicateurs qui cherchent à mesurer l'impact de ce programme de péri-natalité. La diminution de la mortalité maternelle comme de la mortalité infantile et même de la mortalité périnatale ne peut être imputée "linéairement" aux seules actions de santé publique inscrites dans le programme. En réalité l'évolution de la mortalité qu'elle soit générale ou spécifique à l'âge,est "déterminée non seulement par les services médicaux", qu'ils soient préventifs ou curatifs, "mais aussi par de nombreux facteurs, comme des variables reliées au mode de vie (revenu, scolarité, occupation, consommation de cigarettes et d'alcool), comme les conditions économiques, sociales et sanitaires, comme la diffusion des connaissances scientifiques, comme les conditions de l'environnement etc..."[26].

---

25. M. Levasseur et M. Blanchet. La périnatalité, Bilan et prospective, Ministère des Affaires sociales, Québec, janvier 1980.

26. Des victoires sur la mort. Collection la santé des québécois, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, 1983.

Si l'état actuel de la recherche concernant l'évaluation de l'impact de ce programme ne nous permet pas de mesurer réellement les effets attendus sur la santé des populations cibles, l'analyse du processus d'opérationnalisation de ce programme démontre une tendance du MAS à planifier strictement à l'intérieur des limites de son mandat et en utilisant des ressources purement professionnelles du moins au cours de la décennie 1970 (réf 25 citée).

Les mêmes tendances peuvent être notées concernant la politique de nutrition du ministère des Affaires sociales lancée à partir de 1977[27]. Très bien formulée quant à son objectif général et ses sept objectifs spécifiques, les programmes ne mobilisent que les ressources du ministère des Affaires sociales concernées par les six populations cibles identifiées. On note cependant déjà "lors de la préparation d'une stratégie d'action pour les six prochaines années" que "la diversité des objectifs des organismes publics et privés concernés par le domaine de la nutrition et de l'alimentation exigera un effort de concertation continu entre les ministères des Affaires sociales, de l'Education, de l'Agriculture, des Consommateurs, Coopératives professionnelles impliquées, les associations de consommateurs et les dirigeants de l'industrie alimentaire ainsi que ceux du commerce et de l'alimentation". Cette prise de conscience de la nécessité d'une action intersectorielle en faveur de la santé bien avant que l'OMS ne s'en

---

27. Une politique québécoise en matière de nutrition. Ministère des Affaires sociales, Québec, 1977.

fasse le promoteur[28] ne sera suivie d'effet qu'avec beaucoup de retard puisqu'il faudra attendre 1984-1985 pour voir signer la première entente tripartite ministère des Affaires sociales, ministère de l'Education et ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation[29]. L'impact sur les habitudes alimentaires des québécois(es) est tout aussi difficile à mesurer que pour le programme précédent[30]. A défaut d'une nouvelle enquête nutrition comme celle réalisée sur l'ensemble du territoire canadien en 1970, les techniques de mesures ne peuvent être qu'indirectes en se basant sur la consommation des aliments produits et importés, déduits des exportations. Là encore la relation entre les modifications des habitudes alimentaires et le programme de nutrition du MAS est loin d'être évidente bien que les changements observés en 1985 aillent dans le sens désiré par les planificateurs de 1977. Rien ne prouve qu'une action intersectorielle implicite ne se soit mise en route, les dirigeants des organismes de production et ou de commercialisation n'étant pas insensibles à la démocratisation du savoir concernant la relation santé nutrition. Seule une analyse longitudinale des politiques de nutrition des autres ministères concernés et des groupes de producteurs et consommateurs permettrait d'estimer le poids

---

28. Action inter-sectorielle en faveur de la santé. Dimensions techniques, Document de base, Organisation mondiale de la santé, Genève, mai 1986.

29. Ministère des Affaires sociales, Rapport annuel 1984-1985, Québec, p. 11.

30. Le point sur les habitudes de vie: l'alimentation. Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, 1985.

de chaque partenaire intervenant dans ce domaine complexe de l'alimentation.

La santé au travail va devenir progressivement un champ d'expertise privilégiée du ministère des Affaires sociales et en particulier des DSC. Au milieu des années 70 elle faisait l'objet "de deux types de démarche de la part du ministère. D'une part une approche ponctuelle par problème (pneumocomiose, bruit, métaux lourds, etc...) qui vise à corriger des conditions clairement inacceptables et d'autre part, une approche plus générale où l'on s'attardera à fixer les rôles, les responsabilités et les moyens d'intervention face à toutes les situations"[31].

Dépassant ces initiatives sectorielles le nouveau gouvernement péquiste va élaborer puis mettre en oeuvre une réforme de toute la politique québécoise en matière de santé et sécurité au travail en l'intégrant dans sa politique de développement social[32].

Le nouveau régime proposé, mettant l'accent sur la nécessaire participation des travailleurs et des employeurs et la prise en charge de la santé et de la sécurité au travail par le milieu du travail lui-même, aura été préparé en réalité par une intensification des

---

31. Ministère des Affaires sociales, Rapport annuel 1976-77, Québec, p. 45.

32. Santé et sécurité au travail. Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, Gouvernement du Québec, 1978.

préoccupations et des interventions de la part surtout du ministère du travail et de la main-d'oeuvre durant les années 1970 (réf. 32 p. 59).

En effet le ministère des Affaires sociales en 1971 avait été dépossédé de sa direction de l'hygiène du milieu, transférée au ministère des Affaires municipales. Il faudra attendre le mois d'octobre 1975 pour que les chefs de départements de santé communautaire soient nommés médecins hygiénistes au sens de l'article 21 de la loi des établissements industriels et commerciaux" (réf. 32 p. 61).

Adoptée en 1979 la nouvelle loi sur la santé et la sécurité du travail, en confiant au réseau public de santé les fonctions d'organisation et de dispensation des services de santé au travail, constitue l'un des plus grands défis auquel seront confrontés les DSC dans leur mandat de coordination et d'utilisation des ressources de leur territoire et d'évaluation des programmes de santé[33].

Afin "d'éviter de construire, pour les fins de la santé au travail, un réseau parallèle au réseau général des services de santé qui existe actuellement" le gouvernement "propose de mettre à contribution dans la mesure du possible, pour l'organisation des services de santé au travail, les organismes déjà en place". Il définit cependant les fonctions de ces services de santé "conjuguant l'approche clinique individuelle à l'approche de santé publique:

---

33. W. Dab et B. White-Guay. Le DSC et la loi sur la santé et la sécurité au travail. Union médicale, Tome 110, avril 1981, p. 373-376.

-la surveillance de l'état de santé des travailleurs assurant le dépistage précoce et la prévention de toute altération à la santé provoquée ou aggravée par le travail;

-la mise sur pied et le bon fonctionnement d'un service adéquat de premiers soins pour faire face aux urgences médicales et traumatiques et pour faciliter la réadaptation au travail;

-la connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs, afin de faciliter leur affectation à des tâches non susceptibles de porter atteinte à leur santé ou à leur sécurité" (réf. 32 p. 239-240).

Surtout les réformateurs introduisent les concepts de programmes cadres de 2 types, généraux d'une part et particuliers ou prioritaires d'autre part et de populations-cibles qui seront repris en grande partie dans la loi sur la santé et la sécurité du travail et constitueront le cadre de travail des futurs coordonnateurs en santé au travail des DSC.

Bien entendu l'évaluation représente une dimension importante de la programmation, les rédacteurs du livre blanc de 1978 distinguant "l'évaluation de l'efficacité" au niveau local et surtout régional et "l'évaluation des résultats des programmes" au niveau central.

Signés pour la première fois en 1981 les contrats qui lient les CH-DSC aux commissions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail constituent les premières réalités de ce nouveau régime de la santé et sécurité au travail. Les premiers plans d'organisation des services de santé au travail élaborés par les DSC seront approuvés seulement en 1983 par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux en même temps que seront signés les premiers contrats entre CLSC et DSC[34].

Il n'est donc pas étonnant qu'à l'heure actuelle aucun bilan ne puisse être tiré des premières années de réalisation de cette politique, d'autant qu'il semblerait que le ministère des Affaires sociales comme la Commission de la santé et de la sécurité du travail présenteraient quelques difficultés à assurer leur leadership pour l'un dans la formation du personnel, pour l'autre dans la concertation des diverses instances au niveau régional (réf. 34 p. 104-105) et probablement pour les deux dans l'évaluation des programmes. Comme nous le verrons ultérieurement certains CH-DSC n'auront pas attendu lesinitiatives gouvernementales ou venant d'en haut pour "rendre la santé communautaire" en étant à l'écoute d'en bas c'est-à-dire la population et ses besoins qui justifient leur existence[35] et pour

---

34. Bilan et perspective en santé et sécurité au travail. Le mandat exercé par les centres hospitaliers ayant un département de santé communautaire, Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 19 février 1985.

35. A. Chapdelaine, P. Gosselin et al. La santé contagieuse. Boréal, Montréal, 1986.

mettre en place divers moyens de coordination à l'intérieur du réseau comme le comité provincial en santé au travail des CH-DSC.

L'implication du ministère des Affaires sociales et des structures provinciales de santé publique qui l'ont précédé dans la santé environnementale n'est pas nouvelle au Québec malgré la relative nouveauté de concept (voir chapitre 2 et réf. 8). Le concept d'environnement a cependant l'inconvénient (ou l'avantage pour l'approche systémique et les tenants de la "causalité réticulaire" des maladies) de rassembler sous un même vocable des éléments très disparates qui sont susceptibles d'agir sur la santé des individus et des populations. Nous nous en tiendrons dans ce travail à l'environnement physique et ses quatre grandes composantes le sol, l'eau, l'air et les aliments, laissant de côté l'environnement dit social[36].

La stratégie ministérielle a dû s'adapter non seulement aux changements considérables dans la nature des risques mais également à la spécialisation et l'autonomisation des agences publiques chargées de surveiller l'environnement physique comme la Régie des eaux. La naissance du ministère de l'Environnement en 1979, à partir du regroupement des services de protection de l'environnement, de la direction générale des eaux du ministère des Richesses naturelles et de la direction des réserves écologiques du ministère des Terres et Forêts

---

36. R. Pampalon. Environnement et santé. Eléments d'une politique québécoise, ministère des Affaires sociales, Québec, juillet 1980.

a probablement facilité la tâche du ministère des Affaires sociales en réduisant le nombre de ses interlocuteurs[37].

Les initiatives ministérielles furent d'abord circonstancielles comme le comité d'étude et d'intervention sur le mercure dans le nord-ouest québécois ayant donné naissance au comité interministériel des problèmes du mercure[38]. A l'heure actuelle il n'existe pas au niveau provincial de politique de santé environnementale élaborée et gérée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier participe cependant aux activités de nombreux comités interministériels comme le comité interministériel sur les pesticides du Québec et de comités inter-gouvernementaux au niveau fédéral[39].

Dans ce domaine là encore l'initiative est venue de DSC qui ont pris le leadership dans des domaines qui concernent plus particulièrement leur région[40]. Le partage des compétences entre les différents ministères provinciaux concernés par "l'environnement physique" mais aussi entre les niveaux fédéraux et provinciaux a semble-t-il entraîné un dangereux repli du ministère de la Santé et des

---

37. Valoriser le futur. Rapport de conjoncture en matière de recherche et développement dans le secteur de l'environnement au Québec, Gouvernement du Québec, 1985.

38. Voir réf. Ministère des Affaires sociales, Rapport annuel 1976-1977, Québec, p. 46.

39. P. Gosselin et al. Santé enrivonnementale au Québec. Bases théoriques et pratiques, Publication du Québec, 1986.

40. P. Gosselin. A propos d'épinettes tordues. Association pour la santé publique du Québec, Colloque promouvoir la santé, vendredi 23-11-1984.

Services sociaux. Rattaché à la direction générale de la santé, le service de santé au travail et de santé environnementale est chargé d'un mandat très général que l'on peut résumer ainsi: (réf. 39 p. 282)

-"la prévention et la solution des problèmes de santé d'origine environnementale qui peuvent affecter la population du Québec;

-la gestion et le contrôle des intoxications par agents chimiques, en vertu du règlement d'application de la loi sur la protection de la santé publique;

-la formation et l'information des intervenants du réseau en santé environnementale, et favoriser la recherche et le développement en épidémiologie environnementale, en toxicologie et en hygiène publique;

-la coordination de l'évaluation d'interventions du réseau en santé environnementale;

-la représentation du ministère et la promotion de ses orientations en santé environnementale, auprès des autres ministères et organismes afin de favoriser des actions concertées avec ces derniers".

Ce mandat bien qu'il ait été l'objet d'un document d'opérationnalisation en 1983[41] ne semble pas pour l'instant avoir été suivi de réalisations concrètes. Prototype de ce que devrait être une

41. P. Lajoie et A. Daveluy. Document d'orientation en santé environnementale. Service de la santé au travail, ministère des Affaires sociales, Québec, juillet 1983.

coopération intersectorielle en faveur de la promotion de la santé, il semble bien qu'une véritable politique de santé environnementale cherche sa voie au Québec faute peut-être d'une méthodologie permettant aux professionnels de la santé quelque soit leur niveau d'intervention de passer d'une planificaion verticale par secteur à la prise en considération des liaisons horizontales qui ont "un impact synergétique sur le développement" (réf. 27). Il faut probablement incriminer également nos mentalités de professionnels acceptant mal "les indispensables compromis entre les buts du secteur de la santé et ceux d'autres secteurs" que nous voudrions embarquer "hic et nunc" dans notre programme. Enfin, plutôt que de se lancer dans une politique de santé environnementale tout azimut, il conviendrait d'abord de prendre la précaution de recenser systématiquement les groupes de populations vulnérables et les facteurs de risque auxquels ils sont exposés. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant il s'agit de l'un des principaux mandats des DSC qu'il importe de renforcer et de coordonner avec les autres agences jouant un rôle d'observatoire régional ou provincial comme le centre de toxicologie du Québec et les regroupements de citoyens comme "la société pour vaincre la pollution".

De nombreuses voix se sont élevées ces dernières années pour dénoncer comme pour la santé environnementale dont elle fait conceptuellement partie, la faiblesse des politiques provinciales de prévention des maladies transmissibles. Le président du comité des

maladies infectieuses de l'Association des directeurs de DSC regrettait ne pas avoir d'interlocuteur au ministère des Affaires sociales[42].

Là encore l'initiative est venue semble-t-il de certains DSC confrontés à des situations particulières comme celle de la réalisation d'un mandat d'accueil des immigrants ou brusquement exposés à des situations épidémiques que l'ère des antibiotiques avait trop rapidement fait oublier[43].

La philosophie du MAS dans ce domaine de la lutte contre les maladies transmissibles semble avoir été l'intégration dans l'ensemble des services de santé comme pour la tuberculose[44]. Les avantages et les inconvénients de cette stratégie seront pesés au chapitre suivant. L'absence d'une véritable politique intégrée de prévention des maladies infectieuses de la part du ministère des Affaires sociales ne signifie pas pour autant l'absence d'un dispositif de protection comme celui qui dépend du sous-ministre de la qualité des aliments et de la santé animale au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. La dispersion des actions d'inspection entre le fédéral, le provincial et les municipalités comme la communauté urbaine

---

42. J.G. Bonnier. Les maladies infectieuses. Pour une mission en santé. Il faut d'abord être bien immunisé, Colloque des DSC, décembre 1983.

43. M. Dionne. Intoxication alimentaire à Salmonelle. DSC de Beauceville. Communication présentée au congrès de l'Association pour la santé publique du Québec, 1979. Pour une santé vraiment communautaire.

44. La lutte antituberculeuse au Québec. Ministère des Affaires sociales, Québec, novembre 1976.

de Montréal n'est pas forcément un gage d'inéfficacité pourvu qu'il y ait concertation entre les partenaires.

C'est d'ailleurs bien cet état d'esprit qui semble présider à l'élaboration de l'actuelle politique de santé mentale et qui va enfin permettre de déboucher sur un plan d'ensemble concerté en sécurité routière[45].

3.2.2 L'évolution des structures de santé publique, santé communautaire depuis l'avènement de la réforme Castonguay

Le trop rapide survol des politiques provinciales de santé publique nous a déjà permis de repérer le rôle clé majeur des DSC dans le dispositif de santé publique de la province malgré toutes les "critiques" dont ils ont été l'objet de la part des observateurs scientifiques ou non et d'organisations qui se perçoivent encore trop souvent comme rivales.

Une vision longitudinale, pas encore suffisamment enracinée à notre gré dans une connaissance approfondie de la période qui a immédiatement précédé la réforme des années 70 nous aide à mieux identifier les structures de santé publique qui ont joué, qui jouent et qui vont probablement continuer à jouer un rôle important dans ce que nous avons appelé la santé publique.

---

45. Santé Société. La santé publique malade de la route, Vol. 8, No. 4, automne 1986.

Trois niveaux doivent être distingués sans compter le niveau fédéral auquel nous ferons seulement allusion.

Au niveau provincial c'est-à-dire du ministère de la Santé et des Services sociaux la tendance est à un allégement peut être dangereux des structures administratives spécifiques c'est-à-dire de conception, de décision et de contrôle à posteriori des politiques de santé publique. Dans l'organigramme des pouvoirs du ministère des Affaires sociales en 1984-85 la santé publique n'était plus représentée que par quelques services spécifiques comme la santé au travail et la santé environnementale. Leur poids par rapport aux grandes directions générales et mesuré en terme de ressources humaines et financières consacrées paraît très faible et même minime. Cependant ce bilan évolutif doit être nuancé en raison du transfert des anciens mandats de santé publique d'une part à des services à vocation méthodologique comme la direction de l'évaluation et surtout d'autre part à d'autres ministères. Si comme nous l'avons précédemment relevé, l'impact des politiques de santé publique est particulièrement difficile à évaluer, les efforts déployés et les dépenses publiques engagées ne doivent pas être mesurés au travers des seules actions du ministère de la Santé et des Services sociaux. Sur 21 programmes de prévention identifiés par un chercheur du conseil des affaires sociales et de la famille, 15 sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou la Régie de l'assurance-maladie du Québec soit 82% des sommes allouées à ce

secteur en 1980-1981[46]. Le phénomène de dispersion des politiques de santé publique ne doit pas être exagéré. La prévention primaire demeure cependant la parente pauvre de l'ensemble des services dits de santé si l'on en croit les chiffres de 1980-1981, 88 000 000$ ce qui représenterait 65% de toutes les sommes allouées à l'ensemble de la prévention quel que soit le ministère concerné et surtout 2.1% seulement des dépenses totales en santé au Québec la même année.

Le niveau régional et sous-régional est incontestablement dominé par les DSC qui se sont solidement structurés depuis leur création et ont corrigé certaines de leurs faiblesses dénoncées par certaines études les concernant[47]. En effet il semble que lors des premières années de leur existence les CH-DSC aient eu des difficultés à s'adapter à leur nouvelle responsabilité territoriale. Il est vrai que le nouveau découpage géographique avait souvent peu à voir avec le territoire des anciennes unités sanitaires. De plus, les auteurs du premier bilan des DSC écrivent en 1978 "Dans l'ensemble les DSC ont centré leur action sur la réalisation des programmes de prévention spécifiques et définis et ceci presqu'à l'exclusion des activités et autres aspects qui ne sont pas inscrits dans le cadre de ces programmes". Ils souhaitent que les DSC réintroduisent plus de flexibilité dans leur mode principal de fonctionnement et il est

---

46. F. Camirand. Coûts de la prévention en santé, Québec 1980-1981, Document de travail, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, mai 1982.

47. Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec. Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 1978.

probable que cette remarque demeure toujours valable en 1986/1987. Tout comme peut être la constatation que "le DSC ne fait pas suffisamment appel aux spécialistes du milieu hospitalier pour l'analyse des besoins, l'élaboration et la réalisation des programmes avec une certaine tendance à travailler en équipe largement sinon exclusivement composée de personnel du DSC".

Par contre les défauts concernant "le désintérêt pour toutes les questions relatives à l'environnement même si elles sont causes de problèmes de santé" ou le peu d'effort mis dans l'établissement des objectifs du département et de ses priorités, si tant est qu'ils étaient le fait de tous les DSC ont été largement corrigés et comme nous l'avons vu certains DSC ont souvent pris le leadership dans ces domaines par rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tout au long de ces quinze dernières années, deux thèses et stratégies de développement des DSC se sont affrontées si on élimine les partisans de leur disparition pure et simple. La première tendance qui paraît avoir été celle des pionniers de la nouvelle structure était de dépasser le "passif hospitalier" pour développer l'"actif communautaire"[48].

Pour ceux-là la position intra-hospitalière du DSC était une occasion historique à ne pas manquer pour débloquer la médecine

---

48. R.G. Marsan. Le département de santé communautaire. Actif communautaire ou passif hospitalier? Administration hospitalière et sociale, mars 1976, p. 4-8.

traditionnelle vis-à-vis de la prévention primaire, secondaire et tertiaire et lancer les hôpitaux dans la grande aventure de la santé globale. Qu'en a-t-il été réellement? Les CHDSC ont-ils un profil de pratique différent des centres hospitaliers "ordinaires"? En particulier celle-ci est-elle d'abord centrée sur la population de leur territoire plus que la clientèle desservie. Les CH-DSC ont-il des programmes de prévention secondaire plus pertinent, plus efficaces et plus efficients que les autres hôpitaux? Ont-ils des services de santé au travail pour leur personnel dont les objectifs et la qualité préventive sont différents. S'intéressent-ils plus activement à la réhabilitation de leur clientèle? Les opérations de planification stratégique sont-elles menées différemment selon la présence ou l'absence d'un DSC? Autant de questions auxquelles les chercheurs devront tenter de répondre afin d'enrichir les rares bilans des dernières années et construire des projections reposant sur l'identification des tendances lourdes en se gardant de toute approche réductionniste, la vision médicale ou la vision sociale de la santé communautaire[49].

La seconde approche est de formulation plus récente et leurs partisans font peut-être partie des nouveaux professionnels formés au cours des années 1970[50]. Pour les tenants de cette ligne autonomiste,

---

49. M. O'Neill. Les départements de santé communautaire. Recherches sociographiques XXIV, 2, mai-août 1983.

50. Y. Duperré et al. Structures sub-régionales chargées d'assurer la santé communautaire: le DSC et son environnement. Le médecin du Québec, août 1980, pp. 29-45.

les DSC sont prisonniers à l'intérieur des centres hospitaliers et ne peuvent ainsi tisser le réseau de relations qui leur est nécessaire pour accomplir leur mission. Le paradigme des deux institutions est trop différent. Seul un DSC complètement indépendant pourra construire des liens avec l'ensemble des institutions de son territoire, "évitant les conflits d'intérêt entre les centres d'accueil et les autres centres hospitaliers avoisinants, favorisant un mode de fonctionnement qui ne soit pas une copie de celui du monde hospitalier, permettant une meilleure collaboration de la part des CLSC qui actuellement voient le DSC comme une excroissance de l'hôpital, en confiant à chaque centre hospitalier, une mission de santé communautaire, et non pas seulement à certains d'entre eux".

En réalité les bénéfices escomptés de ce partage physique ou même de cette indépendance totale ne sont pas évidents comme le montre une étude récente dont tous les résultats ne sont pas exploités[51]. Il semblerait même que le centre hospitalier soit neutre quant à l'accomplissement de la mission du DSC, ne présentant pas d'obstacle et ne le facilitant pas.

Pour relativiser le débat et surtout éviter des déperditions d'énergie concernant peut-être un faux problème, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la question de la fusion entre établissement de santé publique et hôpitaux n'est pas nouvelle. Si les réformateurs des

---

51. F. Champagne, R. Pineault et L.H. Trottier. Introduction d'une innovation dans une organisation: l'expérience des DSC au Québec. Rapport méthodologique. GRIS, Université de Montréal, R85-05.

années 70 ont imaginé un nouveau régime de santé global reposant sur uniquement trois catégories d'établissements de santé regroupant à leurs niveaux tous les services qu'ils soient curatifs ou préventifs, de santé individuelle ou de santé publique c'est probablement sous la poussée d'un courant qui parcourait toute l'Amérique du Nord sinon le monde dit développé de l'époque[52].

En dehors de cas particuliers il ne semble pas que l'on ait intérêt à remettre en cause l'implantation des DSC dans les centres hospitaliers. L'avenir est plutôt au développement de structures de regroupement inter DSC sur une base régionale correspondant aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux mais aussi provinciale sous forme de comités.

Les relations des DSC avec les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux ont été l'objet de moins de sollicitude de la part des observateurs ou des chercheurs. Elles sont pourtant aussi primordiales et paraissent poser également problèmes bien que le DSC ne relève, juridiquement parlant que de son centre hospitalier d'accueil et du conseil d'administration de son dernier.

La décentralisation toute relative de certaines prérogatives du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le domaine de la santé communautaire en faveur des Conseils régionaux de la santé et des

---

52. W. Shonick. Mergers of public health department with public hospitals in urban areas. Findings of 12 field studies. Supplement to Medical Care, Vol. 18, no 8, August 1980.

services sociaux amène ces derniers à développer des dossiers concernant des thèmes qui sont également du ressort des DSC comme l'admission évaluation des bénéficiaires des services de soins prolongés pour les personnes âgées, la reallocation des ressources en santé communautaire ou la santé mentale[53].

En l'absence de ligne d'autorité clairement définie les occasions de conflits risquent de se multiplier. Faut-il trancher dans le sens d'une véritable régionalisation, donnant aux Conseil régionaux de la santé et des services sociaux un véritable pouvoir de commandement ou au contraire encourager les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux à ne jouer qu'un rôle de concertation sous-régional au travers d'activités de pression?[54].

La réponse à cette double question est conditionnée par l'état d'avancement de la régionalisation de l'ensemble des pouvoirs de l'état provincial et pas seulement de la mission santé et sociale. Les régions actuelles couvertes par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux ont été calquées sur les dix régions administratives

---

53. J. Turgeon. Que font donc les CRSSS? Santé et Société, Vol. 8, no 2, printemps 1986, pp 33-36.

54. V. Lemieux et al. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux: une analyse politique. Département de science politique, Université Laval, Québec, juin 1974.

. En 1985, le législateur québécois change le nom de ministère des Affaires sociales pour celui de ministère de la Santé et des Services sociaux. Recueil des lois et règlements des affaires sociales. Mise à jour numéro 42. Les publications du Québec, le 15 février 1987.

dont le découpage remonte à 1966. "Il n'est pas sûr que leurs limites comme celles des MRC correspondent à des entités homogènes sur le plan économique, social et culturel. Les anciennes régions naturelles, moins vastes que les régions administratives se caractérisaient souvent par une économie plus homogène, des préoccupations et des objectifs communs, un fort sentiment d'appartenance chez les citoyens et une volonté ferme d'assurer eux-mêmes leur propre développement"[55].

En l'absence d'une politique globale de régionalisation encore à bâtir, les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux risque d'être mal perçu par ses partenaires régionaux et sous-régionaux. Il serait peut-être plus sage qu'il développe son expertise dans le sens "d'un organisme aviseur" c'est-à-dire en développant des activités de pression vers le haut comme vers le bas toute les fois où il le juge bon pour la population (réf. citée 54).

Une attention toute particulière devra être accordée aux expériences de fusion des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux et des DSC de la Côte Nord et de l'Abitibi- Témiscamingue ainsi que celle de la décentralisation en Estrie tout en évitant de vouloir généraliser à partir de situations parfois très spécifiques comme l'appartenance à des régions dites éloignées.

---

55. Le virage technologique. Bâtir le Québec, Phase 2, Programme d'action économique, 1982-1986. Gouvernement du Québec, 1982.

Le niveau local représenté par les CLSC constitue la jonction entre les politiques de santé publique et ce que nous avons appelé le socio-sanitaire. La place des CLSC dans le champ des soins de santé de première ligne est analysée dans un autre document complémentaire à celui-ci et situant l'hôpital dans le sous-système socio-sanitaire. Les soins de santé primaires tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé ont l'avantage de pouvoir s'appliquer partout quel que soit le niveau de développement du pays et son régime politique. Ils englobent la santé publique au niveau local[56]. Le contenu cependant aurait besoin d'être opérationnalisé au moins par grandes régions continentales afin d'identifier les services préventifs et les actions de promotion de la santé qui peuvent être entièrement pris en charge au niveau local et ceux qui nécessitent un relai régional, provincial ou national.

3.2.3 Les nouvelles ligues de force dans la gestion des services de santé communautaire

La décennie 70 aura été marquée par l'adoption en masse à tous les niveaux des structures de santé publique de la planification dite par programme[57]. Le rôle moteur des départements universitaires de médecine préventive et sociale dans la formation des ressources humaines du secteur de la santé publique aura été déterminant au cours des 15 dernières années bien que le bilan n'en ait encore jamais été

---

56. Les buts de la santé pour tous. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985.

57. J. Rochon. La planification et les différentes étapes dans le secteur de la santé dans L'hôpital d'aujourd'hui, décembre 1969, pp. 15-20.

fait comme pour l'Ecole d'hygiène/santé publique de Montréal[58]. Il est probable qu'on ait exagéré la rupture survenue aux alentours des années 70 entre les méthodes de travail des anciennes unités sanitaires et les nouveaux DSC en raison du caractère innovateur de la technologie de planification sanitaire dérivée elle-même du courant d'après guerre de l'école nord-américaine de management et d'abord testée pendant la 2e guerre mondiale dans l'armée avant d'être appliquée au "business"[59].

En réalité quant on y regarde de plus près, la continuité est beaucoup plus grande qu'on imagine et l'on s'aperçoit en particulier que les observateurs des DSC s'accordent pour reconnaître que ces derniers ont progressivement défini leur mandat et leurs méthodes de travail au fur et à mesure que le concept de santé communautaire se clarifiait. Héritant, pour sa très grande part, du "passif" des unités sanitaires et principalement de ses ressources humaines formées probablement en majorité par l'Ecole d'hygiène de l'Université de Montréal, il n'est pas surprenant que les départements de santé communautaire soient considérés comme parfaitement performant concernant leur mandat de contrôle des maladies infectieuses, d'évaluation des besoins de la communauté et même

---

58. G. Desrosiers, O. Keel, B. Gaumer. Etude de l'évolution des structures et du contenu de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique du Québec et de ses déterminants de la fin du XIXième siècle à 1970. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, R87-01, Université de Montréal, mars 1987.

59. R. Pineault. Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire. L'Union médicale du Canada. Vol. 105, 1976, pp. 1208-1214.

de coordination des services ambulatoires[60]. Peut-être que les réserves concernant l'exécution des trois autres mandats = coordination des actions de santé communautaire, programmation et évaluation sont imputables à leur nouveauté et au fait qu'ils soient perçus comme menaçants par les professionnels. Comme nous l'avons vu précédemment ces nouveaux mandats avaient été clairement identifiés par le rapport Corbett McDonald qui recommandait le renforcement de la fonction épidémiologie en santé publique pour développer l'évaluation. Les directives du MAS, lors de la naissance des DSC, reconnaissent essentiellement 4 fonctions aux DSC, les soins préventifs en collaboration avec les CLSC, les consultations externes et services d'urgence "dont la responsabilité devra s'inscrire dans la structure d'autorité des centres hospitaliers, placés sous la responsabilité du conseil d'administration et du directeur général", les soins à domicile "au sortir de l'hospitalisation" et l'épidémiologie. Concernant cette fonction que les auteurs du document considèrent comme franchement nouvelle, peu répandue ou actuellement remplie par personne "les départements de santé communautaire s'en acquiteront au fur et à mesure des possibilités et des besoins"[61].

Faute probablement de cadres techniques pour opérationnaliser ces directives, les DSC devront d'abord compter sur le ministère des

---

60. F. Champagne, R. Pineault et L.H. Trottier. The influence of joint-housing of public health department and community hospitals. Rapport de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, N85-05, 1985.

61. Les départements de santé communautaire dans orientations générales en santé communautaire déjà cité (réf. 24).

Affaires sociales et sa direction de la recherche et de la statistique (division de la direction générale de la planification de l'époque) pour confectionner les premiers dossiers régionaux comprenant des données démographiques, sociales et sanitaires. Cette "sous fonction épidémiologique" de détermination des besoins de la population, première phase de la planification par programme occultera la deuxième sous-fonction épidémiologique concernant le contrôle des maladies infectieuses[62].

La recherche évaluative et l'évaluation administrative des programmes, recommandées par le rapport du Comité d'étude sur la prévention sanitaire n'a pris véritablement son essort dans l'appareil de santé publique que ces toutes dernières années. Cette fonction n'a pas encore l'importance qu'elle devrait avoir malgré sa reconnaissance officielle par le ministère de la Santé et des Services sociaux sous forme d'une direction de l'évaluation des programmes créée en mars 1982. Les études réalisées par le DSC jusqu'à maintenant et recensées au cours d'une enquête du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé ainsi qu'au travers du bulletin publié par le centre de coordination de la santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec portent encore trop rarement sur des sujets d'évaluation[63].

---

62. Le rôle du département de santé communautaire en épidémiologie dans (24).

63. L. Lanctôt. Répertoire de recherches en santé au Québec, 1980-1984, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1985.

Il est vrai que celle-ci demeure un art difficile nécessitant de "bien comprendre la dynamique du système socio-sanitaire au-delà d'une perception qui considère le ministère ou l'état comme l'acteur suprême..., sa fonction première étant d'aider à la prise de décision"[64].

C'est pourtant en développant cette démarche de requestionnement sur l'efficacité et l'efficience de leurs activités que les professionnels de la santé publique éviteront la réintroduction de la routine dénoncée par les réformateurs des années 70 et le ronronnement des programmes faisant passer la rationalité des activités avant la pertinence des objectifs.

---

64. P. Bergeron. La recherche évaluative au ministère des Affaires sociales. Carrefour des affaires sociales, Vol. 7, No. 2, printemps 1985.

4. Les faiblesses et les forces du sous-système actuel de santé publique/santé communautaire. Les avenirs possibles dans le domaine de la promotion de la santé au Québec

"L'analyse des politiques gouvernementales doit impliquer à la fois des jugements sur les valeurs, les instruments qui sont mis en place pour faire triompher ces valeurs et, enfin sur les résultats de l'application de ces instruments"[65].

4.1 Des politiques de santé publiques qui lorsqu'elles existent sont encore trop souvent informelles

Les limites de cette recherche ne nous ont pas permis d'identifier de manière exhaustive l'ensemble des politiques gouvernementales au niveau provincial comme au niveau fédéral qui concernent la mission de santé publique. Bien que nous ayons éliminé les politiques sociales de notre champ d'analyse, elles constituent des actions parallèles sur le maintien et la promotion de la santé des groupes de population les plus démunis et les plus vulnérables particulièrement importantes à continuer et renforcer.

De la même manière ce n'est pas parce que nous avons omis de citer l'action préventive contre les désastres imprévisibles comme la guerre nucléaire en mobilisant la conscience des professionnels des deux univers qui se partagent le monde, que nous négligeons pour autant l'importance des conditions préalables à la santé. Les professionnels

---

65. M. Bellavance. Les politiques gouvernementales. Elaboration, gestion, évolution. Agence d'Arc Inc., 1985, Montréal, p. 58.

de la politique sont probablement et heureusement plus souvent qu'on ne le croit, concients que la véritable santé des populations se situe dans un développement de l'habitat, de l'agriculture et de l'alimentation, de l'éducation, du transport, un aménagement du territoire qui soient centrés en priorité sur la satisfaction des besoins essentiels de tous. Les professionnels de la santé publique ont un grand rôle à jouer pour expliciter ces aspects mal connus des politiques de développement, les corriger éventuellement et les orienter dans un sens plus conforme aux derniers progrès de la connaissance concernant les relations santé environnement.

4.2 Des structures de santé publique/santé communautaire toujours à la recherche de leur équilibre

Les transferts de mandat et d'expertise entre unités sanitaires et DSC puis DSC et CLSC, une conception du ministère de la Santé et des Services sociaux assez particulière de l'intégration des services de lutte contre les maladies transmissibles, consistant en un report déguisé des responsabilités sur les instances exécutives comme les DSC, sans ressources additionnelles, la menace de coupures dans les budgets malgré leur caractère protégé, ont entraîné beaucoup d'insécurité parmi le personnel des DSC et probablement des CLSC.

De nombreux arguments comme le taux d'absentéisme et le syndrome dit du "burn-out" militent en faveur d'une période de stabilisation après les nombreux changements depuis 15 ans, d'une amélioration du fonctionnement des structures et des programmes plutôt que leur chambardement.

4.3 Des relations entre les différents niveaux de pouvoir qui ont encore besoin d'être clarifiés

Si les relations entre DSC et CLSC vont aller en s'améliorant grâce au meilleur partage des tâches et aux derniers transferts de responsabilités, DSC et CSS vont devoir renforcer leurs relations entre eux et avec les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Le rôle de planification stratégique et d'évaluation contrôle du ministère de la Santé et des Services sociaux mérite d'être développé ou renforcé afin de permettre l'épanouissement d'une véritable décentralisation des services sur les établissements et des fonctions de conseil ou d'avis auprès des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux en attendant une régionalisation de l'ensemble des activités gouvernementales.

4.4 Des méthodes de travail qui privilégient la planification verticale par programme à la planification horizontale inter-sectorielle

Les dimensions politiques de la planification ont peut-être été évacuées par certains gestionnaires plus soucieux de mobiliser rationnellement les ressources qu'ils contrôlent que de participer à un effort collectif de promotion de la santé en tenant compte de l'ensemble des contraintes sociétales. Des efforts devront être engagés pour orienter l'expertise en programmation développée depuis une dizaine d'années dans le sens d'une action de santé publique menée non plus parallèlement mais en convergence avec les autres secteurs concernés.

4.5 Des structures de santé publique qui répondent mal à l'urgence communautaire et à la demande de la population

Les unités sanitaires sont pour une part nées du besoin de répondre rapidement et efficacement au menaces épidémiques des maladies transmissibles qui sévissaient à l'époque.

Avec la disparition de ces risques, l'expertise dans le réseau de santé publique aurait dangereusement baissé et de nouveaux risques environnementaux sont apparus pour lesquels il existe très peu de ressources humaines à ce jour concernant les mesures à prendre en cas de catastrophe et surtout entrainées à les mettre en oeuvre. Le fonctionnement privilégié par programme pluri-annuel ne favorise pas non plus l'adaptation à de nouveaux problèmes apparus dans l'intervalle du processus de priorisation.

4.6 Des principes de gestions qui ne favorisent pas la créativité et la flexibilité

L'appareil de santé publique demeure fondamentalement bureaucratique sur le modèle de celui hérité de l'époque de la lutte contre les grands fléaux sociaux et les épidémies. Les techniques se sont modernisées, une plus grande place est accordée aux sciences humaines dans la formation des spécialistes en santé communautaire mais les structures organisationnelles elles n'ont pas beaucoup changées derrière la valse des étiquettes. On continue à faire confiance en l'efficacité des mesures dirigées d'en haut, définies par un cadre législatif et réglementaire détaillé. Les mesures de contrôle sont

toujours perçues comme l'arme privilégiée permettant de faire appliquer normes et règles de prévention.

Ayant emprunté du secteur privé certains de ses instruments comme celui de la planification par programme, il est regrettable que les gestionnaires de la santé publique n'en aient par relevés certains principes fort efficaces comme le rapprochement entre la direction et les travailleurs, la participation de ces derniers à l'organisation de leur travail, le contrôle à posteriori et non à priori, l'évaluation des résultats et de l'impact plus que la quantité du travail fourni[66].

4.7 Des actions inter-sectorielles en faveur de la santé déjà en oeuvre tant au niveau provincial que fédéral qu'il faut consolider

Bien que celles-ci n'aient pas été systématiquement recherchées, des indices sérieux comme l'entente tripartite ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Education et ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et l'action menée au niveau fédéral dans le domaine de l'environnement dont certaines unités de recherches constituent des centres collaborateurs pour le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe[67] révèlent que les gouvernements fédéraux et provinciaux sont déjà engagés

---

66. R. Maguire. La place de la santé communautaire dans l'ensemble du réseau et de l'importance que l'innovation devrait y avoir. Colloque Les expériences novatrices en santé communautaire, vendredi 16 mars 1984, Association pour la santé publique du Québec.

67. Activité de l'OMS dans la région européenne. Rapport annuel du directeur régional, Copenhague, 1985.

dans des actions inter-sectorielles en faveur de la santé, faisant comme M. Jourdain de la prose sans le savoir. L'efficacité de ces mesures en intégrant les fonctions de la santé publique aux grands organismes qui détiennent le pouvoir de réalisation reste cependant à mesurer. La place des professionnels de la santé récepteurs de l'information sur l'état de santé par rapport aux concepteurs et exécuteurs de ces politiques de santé publique devra être précisée. Deux secteurs jusqu'à maintenant semblent avoir été particulièrement mis à contribution, l'éducation et l'agriculture. L'action au niveau des pesticides, dans le domaine de l'agriculture, sur les accidents de la route exigent une action inter-sectorielle encore plus élargie. Ceci implique une coordination géographique des responsabilités au niveau régional, provincial et fédéral intégrant les organisations non gouvernementales.

4.8 A la recherche d'un équilibre entre liberté et équité, autonomie et dirigisme

Quelle que soit l'importance que l'on accordera à la décentralisation/régionalisation dans les années à venir, le ministère chargé de la santé publique devra conserver les trois grandes fonctions suivantes, nécessaires au maintien des principes qui devraient gouverner toute politique de santé publique et inscrits dans la charte universelle des droits de l'homme ainsi que la charte des libertés et droits de la personne humaine.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux continuera à fixer des priorités dans le cadre de l'enveloppe budgétaire autorisée

par les représentants du peuple et respectant les contraintes de la productivité nationale.

Il ne se départira pas de son rôle moteur dans la lutte contre les fléaux socio-sanitaires devant rester à l'écoute des besoins des groupes les plus vulnérables et intervenir en priorité en leur faveur.

Enfin la fonction recherche et évaluation sera développée non pas pour décréter et administrer mais pour favoriser et animer tout le sous-système de la santé publique.

4.9 Un réseau informel de relations entre DSC prometteur d'avenir

Les DSC n'ont pas attendu des règlements du MSSS pour mettre en place un dispositif de répartition des mandats sur une base régionale ou provinciale. Comités et tables de concertation ont proliféré au cours des dernières années préfigurant un nouveau redécoupage des responsabilités sur une base plus fonctionnelle. Parfois créés en réaction contre un environnement menaçant, ces nouvelles structures non fixées dans la loi prennent de plus en plus une allure proactive devançant les événements et adaptative tenant compte des impératifs de gestion de nouveaux projets comme ceux de la santé au travail, de l'environnement ou de la santé mentale.

4.10 Une voie déjà tracée = la promotion de la santé

Toute politique de santé publique telle que nous l'entendons devrait être étroitement imbriquée avec les politiques de revenu, de plein emploi et de bien être social. Nous avons vu précédemment qu'il s'agit bien d'une réalité déjà enracinée tant au Québec qu'au Canada ce qui expliquerait la tenue récemment à Ottawa du premier congrès international de promotion de la santé[68]. S'agit-il réellement d'un concept nouveau? Nous sommes tentés de penser qu'il s'agit seulement d'une nouvelle formulation d'une problématique fort ancienne dont les données seulement ont changées. La nature des agents agresseurs à l'encontre du maintien et du développement de la santé ont changé, les techniques de prévention, promotion de la santé se sont enrichies mais le fameux dilemme responsabilité individuelle ou responsabilité collective de la survenue de la maladie comme de son éradication demeure le même. Après une période où l'accent a été mis sur le ou la coupable qui ne respecte pas les lois de la nature où les règles prescrites par les professionnels de la santé, le retour de balancier était inévitable. Le courant québécois de santé publique/santé communautaire n'est semble-t-il jamais tombé dans ce travers, cherchant un juste équilibre entre participation individuelle et intervention collective. Résolument engagé dans la voie de la promotion de la santé avec cependant des phases de découragement et de repli, ce courant ne pourra que se développer dans les années à venir.

---

68. I. Hickbusch. Health promotion: A global perspective. Canadian Journal of Public Health. Vol. 77, September/october 1986, pp. 321-326.

5. Synthèse et recommandations

Le transfert des quatre grandes fonctions de santé publique = l'épidémiologie, le contrôle du milieu, les mesures individuelles pour la protection de la santé, l'administration et la coordination, des anciennes agences publiques locales ou centrales à 32 centres hospitaliers sous-régionaux à partir de 1972 constitue un virage marqué à la fois par des éléments de continuité et de rupture.

La définition opérationnelle de la santé publique qui a été retenue écarte de cette étude l'analyse des politiques sociales dont l'action intimement liée aux politiques de santé publique contribuent de manière efficace à atténuer les effets de la pauvreté au Québec en particulier. S'en tenant à l'analyse des moyens sous juridiction du ministère de la santé et des services sociaux, cette recherche a effleuré seulement les politiques de santé publique explicites ou implicites menées dans le cadre d'autres missions gouvernementale comme l'agriculture, l'éducation, l'habitat ou le transport malgré leur impact sur l'état de santé de la population québécoise.

La mesure de cet impact comme celui des effets en terme d'années de vie en bonne santé gagnées engendrées par l'action des unités sanitaires et des services de santé municipaux couvrant en réseau la province, demeurera encore pour longtemps problématique.

Plusieurs constatations peuvent cependant être faite à la veille de la réforme des années 1970. De 1938-40 à 1965-67, comme l'indique le rapport Castonguay-Nepveu les indicateurs de santé publique comme l'espérance de vie à la naissance, le taux brut de mortalité par tuberculose et surtout le taux de mortalité infantile se sont considérablement améliorés. Pour cette période, les progrès sont nettement plus élevé au Québec qu'en Ontario et par rapport à la moyenne du Canada, la province de Québec partant il est vrai de taux d'avant guerre beaucoup plus élevés. Si le bilan des structures de santé publique provinciales de l'époque reste à faire il apparaît que, malgré qu'elles aient été victimes de la concurrence des juridictions fédérales et provinciales, ces agences locales et centrales ont su maintenir un haut niveau de responsabilités envers la population du territoire qui leur était confiée et développer des instruments de surveillance épidémiologique très performants pour l'époque.

La nouvelle pensée des réformateurs des années 1970 s'articule autour du concept de médecine globale et de soins gradués, l'expression santé publique n'étant plus qu'une référence historique. Le modèle social du régime de la santé auquel ils se réferrent intègre les dimensions préventives, curatives, de réhabilitaion des soins prodigués au malade ou plutôt au couple personne/famille tout au long de son existence. Il est question de retour et maintien de la santé mais le concept de promotion de la santé n'apparaît pas. Les enquêteurs de 1970, malgré un long chapitre avant-gardiste sur le milieu et l'état de santé recommanderont l'instauration de programmes de santé publique

seulement au niveau de l'ORS et du ministère passant sous silence le rôle des CHU, CCS et CLS.

La prévention secondaire et l'éducation sanitaire seules appartiennent au régime de la santé; l'amélioration de l'habitat, du milieu de vie, du genre de vie sont des responsabilités qui échoient plutôt aux professionnels des sciences écologiques et des sciences socio-économiques.

C'est en réalité le rapport Corbett McDonald qui vient jeter les bases du nouveau régime de santé publique, complétant ainsi le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Pour les membres du comité d'étude sur la prévention sanitaire, le terme de services de santé publique ne parait pas désuet. Prenant acte du détachement, pour eux définitif, de certaines fonctions ou organismes de santé publique anciennement du ressort du ministère de la santé ils proposent de nouvelles agences, les départements de santé communautaire réorientant les anciennes fonctions de santé publique. L'épidémiologie devra être renforcée pour développer la planification et l'évaluation, les services de protection de la santé individuelle seront intégrés dans les centres locaux de santé ou les centres hospitaliers. Le rapport insiste également sur le rôle charnière du directeur et de son département entre services préoccupés de l'environnement et ceux de la santé, et son rôle moteur dans le développement d'un réseau de centres locaux de services communautaires intégrant les services préventifs et curatifs.

Reprenant peut-être les suggestions du comité de procéder par étapes et en fonctions des circonstances loco-régionales, le ministère des Affaires sociales ne va développer que très progressivement la nouvelle formulation et le nouveau contenu de ses politiques de santé communautaire. Les premières années de la décennie 70 vont mettre l'accent sur l'affirmation et l'élaboration d'une politique de sécurité du revenu plus qu'un renouvellement des programmes sanitaires et sociaux, avec cependant la mise en place d'une politique de péri-natalité.

Ces programmes comme ceux qui seront chargés de concrétiser les objectifs de la nouvelle politique de nutrition du MAS lancée à partir de 1977 ne mobiliseront réellement que les ressources du système de santé. Il faudra attendre 1984-1985 pour voir signer l'entente tripartite ministère des Affaires sociales, ministère de l'Education et ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, première ébauche d'une action intersectorielle en faveur de la santé.

Entre temps cependant la politique québécoise en matière de santé et sécurité au travail, intégrée au développement social et mise en place à partir de 1979, va permettre aux DSC de trouver leur second souffle et mieux définir leur véritable voie. Signés pour la première fois en 1981 les contrats qui lient les CH DSC aux commissions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail vont permettre aux premiers de concrétiser leur expertise en planification programmation, développée grâce au soutien des

départements de médecine sociale et préventive des facultés de médecine et expérimentés jusqu'alors sur les services de santé scolaire et de santé maternelle et infantile.

Au début des années 1980, renouant peut-être avec des vieilles traditions oubliées de participation avec la population, certains DSC, prenant le leadership sur les ministères et le gouvernement, vont s'engager résolument et efficacement dans la bataille écologique. Bien que le concept de santé environnementale ne soit pas si nouveau qu'il n'en a l'air, il va être l'occasion pour les spécialistes en santé publique de mieux saisir les limites d'une programmation de santé publique/santé communautaire mobilisant les seules ressources du système de santé et les vertus synergétiques d'une planification prenant en considération les liaisons horizontales entre secteurs d'action pour le développement. Il semble que cette nouvelle voie fort prometteuse d'avenir pour l'action des DSC mais aussi du MSSS va permettre de déboucher dans les prochaines années sur un plan d'ensemble concerté en sécurité routière et une politique intégrée de santé mentale.

L'évaluation de tous ces programmes cependant, malgré la création en 1984 d'une direction de l'évaluation au ministère des Affaires sociales, demeure le talon d'achille de la santé publique au Québec comme ailleurs dans le monde. De plus au niveau central on assiste au moins depuis le début des années 1970, mais le mouvement s'était amorcé probablement avant cela, à un allégement dangereux des structures administratives spécifiques de conception et de décision des

politiques de santé publique. Les concepts de médecine globale, soins de santé primaire ou santé communautaire, ont certes encouragé le mouvement d'intégration des programmes de lutte contre les maladies transmissibles dans l'ensemble des services de santé comme pour la tuberculose. Ceci présente des avantages mais aussi l'inconvénient de diluer les responsabilités et d'autoriser le transfert de responsabilités d'un échelon central à un échelon régional sans nouvelle allocation de ressources.

La part modeste des dépenses de santé publique comparée aux dépenses totales de santé (2,1% en 1980-81) justifierait qu'elles bénéficient de mesure de protection lors des opérations gouvernementales de restriction budgétaire.

Cependant certaines faiblesses de l'ensemble du sous-système de santé publique devraient être corrigées en tenant compte des voies d'avenir qui se dégagent des tendances lourdes précédemment identifiées.

Au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux la place et le rôle de la direction de l'évaluation pourraient être renforcés en étendant son mandat de recherche évaluative aux actions inter-sectorielle en faveur de la santé. La conception et l'élaboration des politiques de santé publique devront être confiées à des sous-direction parfaitement identifiées mais appelées à se transformer lorsque leur mission serait accomplie, à l'image des équipes de projet. La décentralisation de l'exécution de tous les programmes ne laisserait

au ministère de la Santé et des Services sociaux qu'une mission de contrôle à posteriori sur l'utilisation des ressources.

Au niveau régional en attendant une véritable politique de régionalisation avec décentralisation parallèle des différentes missions gouvernementales et structuration d'un pouvoir politique dans le cadre de régions historiquement et géographiquement homogènes, il serait souhaitable que les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux accentuent leur fonction conseil et de coordination entre les DSC de leur territoire plutôt que de chercher à récupérer les anciennes prérogatives de contrôle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Sauf exception, on aura tout intérêt à maintenir les DSC dans les centres hospitaliers actuels. Par contre le processus de transfert de tous les services de première ligne vers les CLSC est un phénomène irréversible. Ceci permettra de réduire les effectifs du DSC à une équipe restreinte de 15 à 20 personnes représentant l'expertise de base en santé publique principalement dans le domaine de l'identification des problèmes et de la priorisation des programmes ainsi que leur évaluation. Les DSC devront veiller tout particulièrement à maintenir et développer leur rôle d'observatoire de la santé en relation d'une part avec les cliniciens et d'autre part avec les organismes chargés de la surveillance de l'environnement.

Enfin la mise en oeuvre d'une véritable action inter-sectorielle en faveur de la santé les amènera à développer des nouvelles méthodes de travail s'inspirant comme au ministère de la Santé et des Services sociaux de l'approche par projet. Une plus grande flexibilité devra être réintroduite dans les mécanismes de priorisation, favorisant la participation des citoyens(nes) et permettant de faire face efficacement à l'urgence comunautaire. La tendance amorcée depuis quelques années de regroupement des mandats sur une base régionale ou même provinciale devra être encouragée évitant ainsi les doublures et permettant des économies d'échelle.

ANNEXE. Définitions de concepts utilisés

Santé publique. Le concept utilisé est défini dans le rapport préliminaire sur les coûts et le financement du système socio-sanitaire (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, novembre 1986). Il réferre à un ensemble bien identifié d'interventions préventives menée par des professionnels au niveau de la population toute entière visant le maintien et la promotion de la santé de celle-ci. Complémentaire des politiques sociales, le champ de la santé publique concerne plus particulièrement les habitudes de vie et les facteurs de risque biologiques, l'environnement physique et professionnel.

Le concept ainsi défini diffère peu de celui qui est utilisé dans le rapport du Comité d'étude sur la prévention sanitaire "des services dispensés à toute la collectivité par des agences publiques locales ou centrales, principalement pour le maintien de la santé et la prévention des maladies plutôt que le traitement des maladies".

Promotion de la santé. Etant donné l'irruption de cette "nouvelle" expression sous la plume des experts de ce que nous préferrons continuer à appeler la santé publique il importe de préciser que ce concept est utilisé dans ce travail dans son sens large de prévention primaire avec une dimension participative des citoyens(nes) et non d'éducation sanitaire.

Santé communautaire. Concept de transition entre les anciens (la santé publique) et les modernes (la promotion de la santé) la santé communautaire telle que définie dans les documents du ministère des Affaires sociales oscille entre les concepts de soins de santé primaire ou médecine globale du rapport Commssion d'enquête sur la santé et les services sociaux et celui de santé publique du Comité d'étude sur la prévention sanitaire. Dans ce travail les deux expressions ont la même signification santé communautaire = santé publique.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. **Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux**

   No 1[1] **Gilles Beausoleil** - ***Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.***
   Bérard Bélanger - ***La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques***
   Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - ***Regard économique sur le devenir de l'Etat.***
   Jacques T. Godbout - ***L'Etat localisé.***
   Lionel Groulx - ***L'Etat et les services sociaux.***
   Réjean Landry - ***Prospective des interventions de l'Etat.***
   Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - ***Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.***

2. **La transformation du tissu social**

   No 2 **Gilles Bibeau** - ***A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.***
   No 3 **Doris Hanigan** - ***Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.***
   No 4 **Frédéric Lesemann** - ***Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.***
   No 5 **Monique Provost** - ***Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".***
   No 6 **Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard** - ***Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.***
   No 7 **Eric Shragge, Taylor Létourneau** - ***Community - Initiated Health and Social Services.***
   No 8 **Rita Therrien** - ***La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.***
   No 9 **Michel Tousignant et al.** - ***Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.***

3. **L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé**

   No 10 **Ellen Corin** - ***Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.***
   No 11 **John Hoey et al.** - ***L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire***

---

[1] Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. **Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux**

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1] Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. **Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation**

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1] Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation [illegible] la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information [illegible] principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête [illegible] services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à [illegible] préhension des problèmes actuels du système des services de santé [illegible] services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de [illegible] et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, [illegible] a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier [illegible] lection des synthèses critiques et des recherches. Le présent [illegible] s'inscrit dans le cadre de cette collection.